

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Skadedatum | Skadeplats (län, ort, gata, vägnr) | | | |
| Känner polisen till händelsen Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Om ja, polisen i | Har utandningsprov tagits? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Har blodprov tagits? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Personskador Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Utbetalning önskas till Bankkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> | Nummer - Vid bankkonto även clearingnummer | | | |

| Fordon A | Omständigheter | Fordon B |
|--|---|--|
| ÄGAREN | | ÄGAREN |
| Namn _____ | <input type="checkbox"/> Stod parkerad/stilla <input type="checkbox"/> | Namn _____ |
| Org/Personnr _____ | <input type="checkbox"/> Lämnade parkeringsplats/öppnade dörr <input type="checkbox"/> | Org/Personnr _____ |
| Adress _____ | <input type="checkbox"/> Parkerade vid trottoar/väggkant <input type="checkbox"/> | Adress _____ |
| Postadress _____ | <input type="checkbox"/> Körde ut från parkeringsområde, tomt eller liknande <input type="checkbox"/> | Postadress _____ |
| Telefon _____ | | Telefon _____ |
| Mejl _____ | <input type="checkbox"/> Körde in i rondell <input type="checkbox"/> | Mejl _____ |
| Momspliktig Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Körde i rondell <input type="checkbox"/> | Momspliktig Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| FORDON | <input type="checkbox"/> Körde på bakifrån vid körning i samma fil och åt samma håll <input type="checkbox"/> | FORDON |
| Fabrikat _____ | | Fabrikat _____ |
| Regnr _____ | <input type="checkbox"/> Körde åt samma håll men i annan fil <input type="checkbox"/> | Regnr _____ |
| Försäkringsnr _____ | <input type="checkbox"/> Bytte fil <input type="checkbox"/> | Försäkringsnr _____ |
| FÖRARE OM ANNAN ÄN ÄGAREN | <input type="checkbox"/> Körde om <input type="checkbox"/> | FÖRARE OM ANNAN ÄN ÄGAREN |
| Namn _____ | <input type="checkbox"/> Svängde till höger <input type="checkbox"/> | Namn _____ |
| Personnr _____ | <input type="checkbox"/> Svängde till vänster <input type="checkbox"/> | Personnr _____ |
| Adress _____ | <input type="checkbox"/> Backade <input type="checkbox"/> | Adress _____ |
| Postadress _____ | <input type="checkbox"/> Inkräktade på vägbanan reserverad för mötande trafik <input type="checkbox"/> | Postadress _____ |
| Telefon _____ | | Telefon _____ |
| Mejl _____ | <input type="checkbox"/> Kom från höger (i korsning) <input type="checkbox"/> | Mejl _____ |
| Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia. | <input type="checkbox"/> Lämnade inte företräde enligt vägmärke/trafiksinal <input type="checkbox"/> | Om annat körkort än svenskt, bifoga kopia. |

| | | |
|---|--|---|
| Kollisionspunkter Fordon A  SYNLIGA SKADOR _____ | Skiss över olycksplatsen. Rita tydligt och ange: gator och vägar med namn, fordonens position vid skadetillfället, fordonens färdriktning med pil, vägmärken. | Kollisionspunkter Fordon B  SYNLIGA SKADOR _____ |
|---|--|---|

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Underskrift Förare A | Underskrift Förare B |
|-----------------------------|-----------------------------|

Kompletterande uppgifter

| | | |
|---|--|--|
| Ert fordon's hastighet då faran upptäcktes | Ert fordon's hastighet i kollisionsögonblicket | Gällande hastighetsbegränsning |
| Avstånd till höger väggkant vid kollisionsplatsen | Vägens bredd i meter | Väglag (vått, torrt, is, snö) |
| | | Har skadan uppkommit vid tävling Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Ungefärligt avstånd från ert fordon till kollisionsplatsen när motparten upptäcktes | Antal personer inkl föraren | Finns trafiksignaler, om ja, i funktion? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |

Händelseförlopp

Vem anser du vållat skadan och varför?

Vittnen till händelsen

| | | |
|------|--------|---------|
| Namn | Adress | Telefon |
| Namn | Adress | Telefon |
| Namn | Adress | Telefon |

Personskador

| | | |
|--------------|-------------|---------|
| Namn | Adress | Telefon |
| Personnummer | Skadans art | |
| Namn | Adress | Telefon |
| Personnummer | Skadans art | |

Skador på tex cyklist, fotgängare

| | | |
|--------------|-------------|---------|
| Namn | Adress | Telefon |
| Personnummer | Skadans art | |

Materiella skador, tex annat fordon, staket, lyktstolpe

| | | |
|--------------|----------------------------|---------|
| Namn | Adress | Telefon |
| Personnummer | Skadans art och omfattning | |

Riktigheten av lämnade uppgifter intygas och ger Svedea fullmakt att begära in handlingar från myndigheter och andra försäkringsbolag.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Underskrift Datum och förare | Underskrift Datum och försäkringstagare |
|-------------------------------------|--|

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 95
844 21 Hammarstrand

0771-160 190
motorskador@svedea.se
svedea.se